

Thomas F. Hilzinger
Facharzt für Innere Medizin
Wilmersdorfer-Strasse 54
10627 Berlin

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Um überflüssige Arzt/Patienten-Kontakte im Rahmen der Corona-Pandemie zu vermeiden, bitten wir Sie, uns u.g. Unterlagen vorab per Email, postalisch oder per Hausbriefkasten zukommen zu lassen. Diese aktuellen (maximal 14 Tage alten) **Befunde** sind die **Voraussetzungen** einer raschen ambulanten Magenspiegelung:

-- **12-Kanal-Ekg**

-- **Labor:** Quick, PTT, BB, OT, PT, LDH, GGT

-- **Attest zum Ausschluss Atemwegserkrankungen u. negativer Covid-AG-Test**

-- **Überweisung und V-Karte**

--- **Hinweis** auf sehr sinnvoll ergänzende fachärztliche Leistungen:

1. HUT-Test (spart Zeit und Geld) - keine Kassenleistung
2. Color-Video-Print-Out der Endoskopiebilder mit Einnahmeplan und erläuterndem Text (spart Zeit bei Rückfragen) – keine Kassenleistung

Mit freundlichen Grüßen

Das Praxisteam – Facharztpraxis in den Arkaden

P.S.

Bitte beachten Sie diese Liste & den Aufnahmebogen – beides bearbeitet mitbringen!

AUFNAHMEBOGEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Email* _____ Telefon* _____

*mit Zustimmung zur elektronischen Benachrichtigung per Email/ SMS

Name der Krankenversicherung _____

Bekannte Allergien _____

Vorerkrankungen _____

Familiäre Erkrankungen _____

Raucher ja nein

Operationen: wann _____ wo _____

Beruf _____

Familienstatus ledig verheiratet Kinder

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg BMI:

Aktuelle Beschwerden (seit wann:) _____

in Psycholog./Psychiatr.Behandlung: _____

Medikamente: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam gemacht worden? _____

Vereinbarung über IGEL-Leistungen (nach Gebührenordnung für Ärzte GOÄ*)

Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände

HU-Test bei Gastro (GOÄ Analogleistung A-4565 – 1,8fach) ca. 26,00 €

Color-Video-Print-Out bei Gastroskopie (GOÄ 75 -3,5fach) ca. 27,00 €

*Dem Versicherten ist bekannt, dass die o.g. individuellen Gesundheitsleistungen nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Bitte ausgefüllt der Schwester aushändigen und die **Rückseite** beachten!!!!

Vereinbarung über IGEL- LEISTUNGEN (nach Gebühren-Ordnung f. Ärzte)
Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände.

- I. **Qualitative Sofort-CRP-Bestimmung in mg%** 15,00 €
incl. Material (GOÄ 3741) 1,3 fach
- II. **Covid Schnelltest** ca. 19,00 €
(GOÄ:4648=16,76€, Abstrich 2,33 €)
- III. **„Leberelastographie“ als Analog-Leistung** ca. 59,45 €
(nach GOÄ 410, GOÄ 401)
- IV. **IMT – Gefäßcheck** (zusätzlich GOÄ 645) 1,8 fach 68,00 €
- V. **Ausdruck aus Datei / Farbe je Seite** 2,50 €
nach GOÄ/Gerichtssachverständigengesetz
- VI. **LZ-EKG = 48 Stunden fortlaufend** na GOÄ Nr. 659 ca. 68,25 €
- VII. **Schellong Test** nach GOÄ 600 x 3,5fach ca. 14,90 €

VIII a **Ernährungs-Bewegungsberatung**

2 ! Sitzungen mit Ernährungsplan (GOÄ 34,76 & 33,76) 99,00 €

siehe ausgehändigter schriftliche Aufklärung und Vertragstext

b **Trulicity-Schulung: intens. Einzelschulung (GOÄ 33 -2fach)** 35,00 €

IX. **Gutachterliche Beratung:**

Patientenverfügung: (GOÄ 34 -3,5fach) 30 Minuten = 61,00 €

Beratung bei Eingriffen/ lebensverändernden Erkrankungen n GOÄ:

30 Minuten (GOÄ 34 -3,5fach) 61,00 € 60 Minuten = 122,00 €

siehe ausgehändigte schriftliche Aufklärung und Vertragstext

Bezahlung: Bar-Rechnung

Bitte schon zuhause ausfüllen, damit mehr Zeit für Gespräche mit dem Doktor bleibt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum:

Unterschrift Patient:
